



REVUE GÉNÉRALE

# Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point

## Satisfaction of patients in emergency department: An update

F. Perruche<sup>a,b</sup>, J.-L. Pourriat<sup>a,b</sup>, Y.-E. Claessens<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Service des urgences, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

<sup>b</sup> Université Paris-Descartes, 12, rue de l'École-de-médecine, 75270 Paris cedex 06, France

Accepté le 17 juin 2008

Disponible sur Internet le 14 septembre 2008

### MOTS CLÉS

Satisfaction ;  
Compréhension ;  
Urgences

### KEYWORDS

Satisfaction;  
Comprehension;  
Emergency

**Résumé** Bien qu'elle fasse partie des éléments permettant d'apprécier la qualité des soins, et quoique le législateur ait rendu obligatoire son évaluation, la satisfaction des patients reste sous-évaluée dans les services d'urgence. De plus, les outils de mesure sont disparates et les indicateurs à mesurer manquent d'harmonisation. Ces éléments rendent délicate l'interprétation des résultats. Nous proposons dans cette revue de la littérature une vision synthétique des études s'intéressant à la satisfaction des patients aux urgences.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Satisfaction of patients in the emergency department (ED) is poorly evaluated whereas it has been proposed to measure quality of care. Several tools and indicators have been used to quantify patients' satisfaction in the setting of ED, so interpreting results of studies on this topic is tricky. We propose a systematic review of the scientific literature treating of satisfaction in the ED to help physicians understanding this heterogeneous field.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

La satisfaction du patient est, selon l'OMS, l'un des éléments définissant l'évaluation de la qualité des soins :

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [yann-erick.claessens@cch.aphp.fr](mailto:yann-erick.claessens@cch.aphp.fr)  
(Y.E. Claessens).

« l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ... ».

Depuis les ordonnances d'avril 1996 [1] portant réforme sur l'hospitalisation publique et privée, les établissements hospitaliers français ont l'obligation d'évaluer régulièrement la satisfaction des patients. Cette évaluation est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Elle est utilisée dans les démarches d'accréditation.

Dans les services d'urgence, la pratique de la médecine se caractérise par un contact épisodique avec le patient et l'absence de continuité des soins. Ces deux notions, qui sont propres aux urgences, interfèrent dans l'évaluation de la qualité des soins et, par conséquent, dans la satisfaction des patients.

La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de la bonne pratique médicale et paramédicale pour les établissements de soins en général et le service des urgences en particulier [2–5]. Outre son utilité dans un cadre normatif et d'évaluation des organisations, la satisfaction du patient revêt une importance plus globale pour la qualité des soins. Le fait que le patient soit satisfait de sa prise en charge instaure un lien de confiance entre le praticien et le patient. Cela permet en conséquence une meilleure compliance au traitement et une meilleure adhésion aux consignes de surveillance par le patient [6–10]. L'expression de sa gratitude par le patient améliore la satisfaction du personnel et instaure une atmosphère de travail positive au sein du service [11]. Une meilleure satisfaction est également associée à une diminution du nombre de plaintes [6,11,12].

Cet article propose une revue non exhaustive de la littérature permettant de souligner les facteurs qui influent sur la satisfaction des patients.

## 2. Méthode

Pour procéder à la sélection des articles qui nous semblaient pertinents, nous avons réalisé une requête sur PubMed en utilisant de façon croisée les mots clés suivants : *satisfaction*, *emergency department*, *emergency room*, *patient*, *original study*, *review*. Plus de 50 études, principalement nord-américaines, ont ainsi été proposées par le moteur de recherche. On note trois articles ayant pour thème une revue de la littérature sur la satisfaction des patients aux urgences [13–15]. Nous avons également analysé les articles référencés par ces études. Nous ne retrouvons aucune étude française référencée sur ce thème dans le moteur de recherche PubMed c'est pourquoi nous avons recherché d'autres études, françaises ou non, dans les revues spécialisées sur ce sujet. Nous avons également utilisé une enquête nationale publiée en 2003 évaluant cette notion [16]. Nous avons élaboré à partir des articles qui apparaissaient intéressants une synthèse de la littérature. Les articles ont été sélectionnés sur les critères suivants : étude prospective multicentrique ou monocentrique aux urgences ayant intégré plusieurs facteurs par des échelles de satisfaction standardisées.

## 3. Un problème de définition

Les études publiées sur la satisfaction des patients aux urgences sont limitées par la confusion de la définition et le sens de ce thème. La satisfaction des patients est par nature subjective. Elle est basée sur les attentes, la perception, les attitudes, les croyances et le vécu, l'histoire

antérieure du patient. La satisfaction est, de fait, difficile à cerner. De plus, ces attentes ne sont pas forcément exprimées par le patient même si elles sont implicitement liées à son motif de consultation [17].

Dans sa revue de la littérature, Trout et al. [13] remarquent qu'il existe plusieurs définitions concernant la satisfaction selon les auteurs. Hostutler et al. [6] suggèrent que la satisfaction est obtenue lorsque les services correspondent aux attentes, aux besoins et à la perception du patient. Pour Thompson et Yarnold [18], elle se produit dans la confirmation des attentes du patient. En d'autres termes, la satisfaction dépend de la réponse de l'équipe soignante à une attente du patient. Pour Rhee et Bird [2], la satisfaction des patients est définie par leur confiance dans l'institution qu'ils consultent, une nouvelle consultation dans le futur et la recommandation de l'institution à des proches. Pour d'autres encore [19], elle se caractérise par le degré de congruence entre les attentes des patients sur le plan des soins et leur perception des soins réellement reçus.

On note ainsi une grande variabilité dans la définition de la satisfaction amenant à des différences dans son évaluation. Ces études mesurent en fait plusieurs facteurs intriqués : la satisfaction (ou insatisfaction) générale ou sur certains points, mais aussi la confiance (ou défiance) du patient dans l'équipe soignante.

Ainsi, chaque étude utilise un instrument de mesure différent. Ce manque de standardisation rend difficile la comparaison des différentes enquêtes. De ce fait une méta-analyse est inenvisageable.

## 4. La satisfaction des patients face aux services d'urgence

La satisfaction des patients aux urgences a fait l'objet de nombreux travaux. Les Tableaux 1 et 2, quoique non exhaustifs, résument les études les plus pertinentes.

Comme nous l'avons exposé, la définition de la satisfaction est variable selon les auteurs, amenant ainsi à des méthodes différentes d'évaluation et d'analyse des facteurs qui la détermine. Les conclusions sont donc parfois différentes, mais elles sont souvent complémentaires.

La satisfaction a été mesurée soit par une simple question (« Êtes-vous satisfait de votre passage aux urgences » [3,20] ou « des soins administrés » [1,21,22]), soit par un panel de questions (« Décrivez votre expérience aux urgences » [3,20,23]), en intégrant différents critères de jugement ou en tenant compte de plusieurs paramètres tels que le temps d'attente réel et perçu [24], le bien-être du patient, le respect, le confort, l'intimité [23] ; parmi les questions posées, on peut retenir les suivantes :

- Comment jugeriez-vous la qualité d'écoute du personnel médical ou paramédical [2,23,24,25] ?
- Comment évalueriez-vous leurs capacités techniques [2] ?
- Recommanderiez-vous ce service à un ami ?
- Consulteriez-vous à nouveau dans ce même service si cela était nécessaire [2,7,21,24,26,27] ?

Ainsi que l'outil d'évaluation lui-même, la méthodologie diffère très largement selon l'étude. Le nombre de patients oscille de quelques dizaines dans un service à 17 000 sur 235

**Tableau 1** Caractéristiques et méthodologie des études sur la satisfaction des patients aux urgences.

	Nombre patients/ nombre de sites	Méthode de mesure	Méthode de recueil	Délai de recueil	Méthode statistique
Baker et al. [23] 1998 États-Unis	467/1	Échelle de Likert/questions ouvertes	Entretien urgences et téléphoniques	Jusqu'à 11 jours	Régression logistique
Boudreaux et al. [30] 2000 États-Unis	437/1	Échelle de Likert	Téléphonique	7 à 10 jours	Régression logistique
Bursh et al. [21] 1993 États-Unis	258/1	Échelle de Likert Questions ouvertes	Téléphonique	7 jours	Régression linéaire
Carey et Seibert [28] 1993 États-Unis	17 271/196	Échelle de Likert	Courrier électronique	7 jours	Régression logistique
Hall et Press [27] 1996 États-Unis	9 106/23	Échelle de Likert Questions ouvertes	Courrier électronique	4 jours	Régression linéaire
Rhee et Bird [2] 1996 États-Unis	618/1	Échelle de Likert	Téléphonique	60 jours	Régression linéaire
Sun et al. [31] 1995 États-Unis	2333/5	Échelle de Likert Questions réponses binaires	Entretien téléphonique	12 jours	Régression logistique
Sun et al. [32] 2000 États-Unis	2373/4	Échelle de Likert Questions réponse binaires	Courrier électronique	15 jours	Régression logistique
Thompson et Yarnold [18] 1998 États-Unis	2032/2	Échelle Likert	Courrier électronique Entretien téléphonique	1 semaine (mail) 4 semaines (téléphone)	Analyse univariée
Maitra et Chikhan [20] 1992 Royaume Uni	433/1	Réponse binaire	Entretien aux urgences	Après consultation	Analyse univariée
Bjorvell et Stieg [22] 1991 Suède	187/1	Échelle visuelle analogique	Questionnaires aux urgences	Avant et après consultation	Analyse univariée
Gentile [40] 1998 France	148/10	Échelle Likert et réponse binaire	Questionnaires aux urgences	Après consultation	Analyse multivariée
Baubeau [16] 2003 France	3000/150	Échelle Likert	Entretien téléphonique	15 jours après consultation	Non précisée
Super [35] 2005 France	175/9	Échelle Likert modifiée	Questionnaires aux urgences	Avant sortie d'UHCD	Régression logistique

**Tableau 2** Méthode de mesure, limites et résultats des études sur la satisfaction des patients aux urgences.

	Facteurs prédictifs	Limites	Critère de satisfaction
Baker et al.[23]	Communication efficace	Aucune évaluation temps d'attente compétence technique et gravité Interprète espagnol (biais) Étude monocentrique Patient non admis	Satisfaction globale
Boudreaux et al.[30]	Relation avec le médecin Temps d'attente perçu Instructions fournies Compétence paramédicale Sécurité intimité	Population insatisfaite trop faible pour évaluer critère d'insatisfaction Étude sur un seul site	Satisfaction globale Recommandation à un tiers
Bursh et al. [21]	Organisation des urgences Informations fournies Temps d'attente avant les soins Relation médecin et infirmière	Un seul site Hôpital non public Patient avec pathologie plus aiguë Aucune évaluation du temps d'attente réel	Satisfaction globale
Carey et Seibert [28]	Relation avec le médecin Relation avec infirmière Temps d'attente perçu Évolution médicale Accueil	Pas d'évaluation sociodémographique (âge, sexe...) Pas d'évaluation temps d'attente réel	Satisfaction globale
Hall et Press [27]	Soins médicaux et paramédicaux Communication courtoisie médicale Temps d'attente perçu Âge	Patient non admis Échantillon non représentatif (pas de contrôle) biais de recrutement	Recommandation à un tiers
Rhee et Bird [2] 1996 États-Unis	Compétences techniques médicales et paramédicales Temps perçus des soins	Temps de recueil information atteignant 60 jours (biais ?) Monocentrique Pas d'évaluation temps d'attente réel Pas d'évaluation gravité pathologie	Satisfaction globale
Sun et al. [31]	Communication information médicale et paramédicale Âge	Pas d'évaluation des capacités techniques	Satisfaction globale
Sun et al.[32]	Communication et information médicale	Évaluation faite seulement sur certaines pathologies Pas d'évaluation des capacités techniques Multicentrique mais même région et groupe hospitalier Biais recrutement (mail)	Recommandation à un tiers Satisfaction globale
Thompson et Yarnold [18]	Relation paramédicale Relation médicale (attention et soins) Explications (examens) Temps d'attente perçu	Deux méthodes de recueil différent selon hôpital (taux de réponses différents) Pas d'évaluation sociodémographique ni des compétences techniques ou du temps d'attente réel	Satisfaction globale
Maitra et Chikhan [20]	Temps d'attente perçu Information fournie (traitement) Temps total perçu aux urgences	Un seul site Pas d'évaluation des compétences techniques ou de gravité Population admise ou non ?	Satisfaction globale

Tableau 2 (Suite)

	Facteurs prédictifs	Limites	Critère de satisfaction
Bjorvell et Stieg [22]	Information fournie au patient	Patient non admis durant jours de semaine Un seul site	Satisfaction globale
Gentile [40]	Temps d'attente réel et perçu Compétence médicale et paramédicale Information fournie Confort Identification du personnel Nombre de passage par an	Patient non admis Méthode de mesure satisfaction question fermée oui/non (pas de nuance)	Satisfaction globale
Carrasco et Baubeau [16]	Temps d'attente perçu Relation médicale et paramédicale Âge Réalisation d'actes	Enquête analytique Pas d'évaluation temps réel Méthodes statistiques non précisée	Satisfaction globale
Super [35] 2005 France	Réseau d'aval saturé Compréhension patient et famille Absence d'IAO Absence de repos de sécurité	Patient admis en unité de courte hospitalisation Pas d'évaluation du temps d'attente perçu et réel Pas d'évaluation facteur relationnel avec équipe soignante	<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>

sites d'urgences pour l'étude de Carey et Seibert [28]. Les moyens de recueil des informations sont différents, du courrier électronique [27,28] à l'entretien téléphonique [21,29] en passant par la confrontation directe avec un enquêteur. L'intervalle entre le passage aux urgences et le recueil des données est également variable, pouvant atteindre 60 jours après la consultation [2].

Les auteurs ont évalué des paramètres qu'ils pensaient associés à la satisfaction. Là encore, l'appréciation de ces paramètres, leur quantification, sont éminemment : l'échelle de Likert (définissant le degré d'accord), des réponses binaires (oui/non), des échelles visuelles analogiques ou encore des questions ouvertes. La satisfaction globale a pu être analysée par la question « Êtes-vous satisfait de votre consultation ? » et/ou « Recommanderiez-vous le service à un tiers ? ».

Les résultats de ces évaluations ont été comparés à la satisfaction globale. Mais Boudreaux [30] a montré dans une étude observationnelle réalisée à quatre périodes différentes sur 17 mois que, malgré une méthode identique de recueil et d'évaluation, il existe des discordances et une variabilité dans l'évaluation de facteurs prédictifs de la satisfaction sur un même site d'urgence. Le Tableau 1 récapitule la méthodologie de ces études. Le Tableau 2 résume leurs résultats en précisant les limites. Bien que très disparates, certains éléments intervenant dans la satisfaction des patients sont retrouvés de façon récurrente dans la littérature.

## 5. La relation entre le patient et l'équipe soignante

Le facteur le plus souvent retrouvé, souligné dans 12 des 13 études citées, est la relation et l'interaction avec le

personnel médical et/ou paramédical. Dans la plupart des études, ce facteur est le facteur le plus prédictif de la satisfaction du patient.

Une des plus importantes études sur la satisfaction des patients a inclus 9000 patient dans 23 centres aux États-Unis [27]. Quatre paramètres ont été évalués par une échelle de satisfaction (1–5) : la relation patient–infirmière (relation et communication), la relation médecin–patient (relation et communication), la satisfaction du temps d'attente et des examens réalisés. Ces évaluations ont été comparées aux réponses des patients sur la question « Recommanderiez-vous ce SAU à un ami ? », une réponse positive traduisant pour les auteurs une satisfaction du patient lors de sa consultation.

Les deux facteurs prédisant une meilleure satisfaction étaient la relation patient–médecin et la relation patient–infirmière. Dans la relation avec le personnel médical et paramédical, c'est la communication et la manière d'expliquer les informations qui importaient [29,30,32], plus que les compétences techniques médicales ou paramédicales. Une seule étude retrouve la compétence technique de l'équipe soignante comme prédictive de satisfaction [2] comparativement à la communication et la relation médecin–malade. Sun et al. [32] confirment l'importance de la communication avec les patients. Les facteurs prédictifs d'insatisfaction énumérés par les patients sont au nombre de quatre, tous relatifs à la qualité de l'information fournie :

- une mauvaise explication du problème ;
- aucune information sur la durée de la maladie ;
- aucune explication sur les résultats des examens ;
- aucune information sur les consignes de nouvelle consultation aux urgences.

On retrouve ces mêmes notions dans l'étude de Boudreaux et al. [29], qui ont étudié les scores de satisfaction sur 20 items (relation médecin-malade, relation avec les infirmières, qualité de l'accueil, courtoisie des personnels paramédicaux tels que les manipulateurs de radiologie, le sentiment de sécurité, par exemple). Ils ont comparé ces différents scores entre la population de patient définie comme globalement satisfaite, et celle qui ne l'était pas. On retrouve l'information et la compréhension des explications fournies comme des facteurs influençant la satisfaction. Dans cette étude, la satisfaction du patient est également corrélée au fait que l'équipe soignante ait bien informé les proches a propos de son état de santé et du traitement envisagé. Dans une étude française [33], 76 % des patients accompagnés estiment que la personne qui les accompagne doit être informée de leur état de santé, alors que, dans 36 % des cas, l'accompagnant n'avait eu aucune information. Le paramètre « absence d'information à la famille » est décrit comme un facteur d'insatisfaction [33] et un facteur prédictif d'anxiété chez le patient [34]. On retrouve cette donnée dans l'étude Super [35] qui a évalué la satisfaction et la compréhension des patients et des proches dans des services d'urgence.

Pour évaluer la satisfaction globale du patient, les auteurs ont utilisé le CCFNI contrairement à des questions plus aléatoires dans leur interprétation telles que « Recommanderiez vous le service à un ami ? » ou « Êtes vous globalement satisfait de votre consultation ? ». La population étudiée n'incluait que les patients hospitalisés aux lits-portes. Les facteurs liés aux structures même des services d'urgences et aux patients ont été étudiés plus que les facteurs relationnels avec le personnel, qui étaient inclus dans le score CCFNI. Dans cette étude, la satisfaction et la compréhension des patients sont corrélées et interagissent également avec la compréhension de la famille et la participation de cette dernière aux soins. Un patient qui a compris est plus satisfait de sa prise en charge aux urgences. Un patient dont la famille a été correctement informée est plus satisfait.

Aux urgences, pour qu'une relation médecin-malade soit satisfaisante pour le patient, un lien informatif efficace doit se tisser entre le médecin, le patient et ses proches.

## 6. Le temps d'attente dans la satisfaction aux urgences

Un autre facteur important prédisant la satisfaction est le temps d'attente. Pour Bursch et al. [21], c'est le facteur le plus prédictif de la satisfaction, plus que la relation avec le personnel soignant. Dans les études qui ont inclus le temps d'attente réel et le temps d'attente perçu par le patient, c'est le temps d'attente perçu qui est le plus pertinent pour prédire la satisfaction. Si le temps d'attente perçu est plus long que le temps que le patient estime raisonnable, et quel que soit le temps d'attente réel, le patient sera plus insatisfait [18-24].

Comme l'évoquent Kyriacou et al. [36], le nombre de patients qui partent sans consultation est corrélé au temps d'attente. En réduisant le temps d'attente, on réduit ce taux. Cette notion peut être intégrée dans la qualité des soins d'un service qui doit prendre en charge tous les patients qui se présentent au sein de celui-ci. La qualité des soins

n'est pas seulement définie par la qualité des soins prodigués au patient consultant et doit intégrer ce taux non négligeable de non consultation. Le facteur « temps d'attente » rentre donc dans une démarche de qualité et d'évaluation. L'étude de Pines et al. [37] analyse la perception des équipes médicales et des patients sur les facteurs de « soins médiocres » au sein d'un service d'urgence. Le temps d'attente lié à la consultation et, par la suite, à l'éventuelle hospitalisation dans un service, est pour les patients et intervenants médicaux le facteur prédominant. Il a par ailleurs été montré que la satisfaction des patients catégorisés comme les moins urgents était excellente lorsque la structure était organisée pour les recevoir dans les 90 minutes [38]. Mais cette notion de temps d'attente ne doit en aucun cas altérer la prise en charge des patients triés comme urgent. Cette étude souligne que la recherche d'une satisfaction maximale peut détourner le médecin urgentiste de son rôle initial, qui est la prise en charge des patients les plus urgents.

De plus, le patient évalue mal la durée de sa présence en salle d'attente. Plus de 50 % des patients surestiment le temps d'attente réel, seulement 30 % évaluent correctement le temps d'attente [39].

## 7. Autres facteurs influant la satisfaction

D'autres facteurs ont été isolés par des études. Aucun facteur lié au patient n'est prédictif de la satisfaction des patients aux urgences. L'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la situation familiale n'impactent pas sur la satisfaction dans la plupart des études. L'existence d'antécédents ne joue aucun rôle dans la satisfaction de la consultation [35]. Pourtant, un patient connaissant les structures hospitalières de par son passé médical pourrait être plus exigeant dans la qualité des soins prescrits et être plus insatisfait si la perception des soins qu'il reçoit n'est pas celle qu'il attendait.

Gentile [40] a trouvé dans son étude sur dix centres d'urgences, en plus des facteurs prédictifs précités, que l'identification du personnel jouait un rôle positif dans la satisfaction. Pour l'auteur, le fait de connaître son interlocuteur humanise une prise en charge perçue comme anonyme et trop technique. Dans une enquête nationale [16] sur 3000 patients ayant consulté aux urgences, les auteurs remarquent que la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques s'accompagne d'une hausse significative de la satisfaction des patients.

D'après Boudreaux et al. [41] et Sun et al. [32], le degré de gravité évalué à l'arrivée du patient est prédictif de la satisfaction de la prise en charge. Ces deux auteurs avaient retrouvé que des patients évalués comme plus urgents étaient plus satisfaits de leur prise en charge.

La durée de séjour n'est pas prédictive de la satisfaction. Seul Gentile [40] retrouve une différence significative du temps global du passage entre les patients satisfaits (moins d'une heure) et non satisfaits (plus de 1 h 20).

La relation entre le nombre annuel de passages et la satisfaction des patients n'est pas corrélée [35]. Pourtant, on peut penser que les urgences où le nombre de passages quotidiens est plus important se caractériseraient par une plus grande insatisfaction. Il est vrai que ces études n'ont pas quantifié le ratio entre nombre de patients et de soignants. La relation interpersonnelle entre patient et soignant, ainsi



que la compétence technique de l'équipe soignante diminue peut-être l'effet potentiel prédictif de l'activité des urgences.

La satisfaction ne semble pas corrélée au type de diagnostic [32].

Deux études [42,43] interventionnelles ont prouvé que la distribution de livret d'accueil à l'arrivée améliorerait la satisfaction des patients. Les compétences techniques et humaines, l'information délivrée, la durée de séjour étaient mieux évaluées par les patients ayant reçus le livret d'accueil. La satisfaction globale de la consultation était meilleure.

Si le temps d'attente joue un rôle prédictif dans la satisfaction, le lieu d'attente, lui, ne joue aucun rôle. Seule une étude [40] trouve le confort général de la structure comme prédisant la satisfaction des patients.

## 8. Conclusion

La satisfaction du patient est basée sur une communication efficace de la part de l'équipe soignante et la création d'un lien patient-soignant. On note également que les proches peuvent jouer un rôle dans cette interaction équipe soignante-patient ; d'autant plus que depuis la loi de mars 2002, relative aux droits du malade et la qualité du système de soins, tout patient peut nommer une personne de confiance qui l'accompagnera pendant son parcours de soins. On peut de fait se poser la question d'intégrer les proches dans la relation soignant-malade pour une meilleure communication. Bien que l'évaluation de la satisfaction soit considéré par les tutelles comme un indicateur de qualité, nul ne sait aujourd'hui quel est l'outil de mesure le plus pertinent et reproductible aux urgences. D'autant plus que le patient peut être satisfait sans réelle critique objective sur la qualité des soins définie par les recommandations scientifiques. Comme le note Williams [44], « la majorité des études suggère que la plupart des consommateurs de soins ne sont pas critiques quand à la qualité de soins sauf si ces derniers sont ostensiblement médiocres ».

Cependant, l'affluence croissante de patients aux urgences est pour part responsable d'un temps de contact auprès du patient et de ses proches toujours plus restreint. Pour améliorer la satisfaction des patients aux urgences, se pose le problème du développement d'outils et de supports de communication différents. Ainsi, l'information et la perception du temps d'attente et la gravité de la pathologie ressentie par le patient sont certainement à évaluer pour une meilleure démarche explicative afin d'améliorer la satisfaction du consultant.

## Références

- [1] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 art1<sup>er</sup>, art.L.710-1-1 Code de la santé publique 12<sup>e</sup> Éd.Paris : Dalloz; 1997.
- [2] Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. *J Emerg Med* 1996;14:679–83.
- [3] Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency department. *J Behav Med* 1998;21:545–63.
- [4] Boudreaux ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. *Acad Emerg Med* 2003;10:261–8.
- [5] Cairns CB, Garrison HG, Hedges JR, Schriger DL, Valenzuela TD. Development of new methods to assess the outcomes of emergency care. *Acad Emerg Med* 1998;5:157–61.
- [6] Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. *J Nurs Adm* 1999;29:43–50.
- [7] Rydman RJ, Roberts RR, Albrecht GL, Zalenski RJ, Mcdermott M. Patient satisfaction with an emergency department asthma observation unit academic. *Acad Emerg Med* 1999;6:178–83.
- [8] Kessler DA. Communicating with patients about their medications. *N Engl J Med* 1991;325:1650–2.
- [9] Waggoner DM, Jackson EB, Kern DE. Physician influence on patient compliance: a clinical trial. *Ann Emerg Med* 1981;10:348–52.
- [10] Neuwirth ZE. An essential understanding of physician-patient communication part II. *J Med Pract Manage* 1999;15:68–72.
- [11] Worthington K. Customer satisfaction in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2004;22:87–102.
- [12] Eastaugh SR. Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec* 2004;30:36–8.
- [13] Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the ED: what does the literature says. *Acad Emerg Med* 2000;7:695–708.
- [14] Boudreaux ED, O'Heal EL. Patient satisfaction in the ED: review of literature. *J Emerg Med* 2004;26:13–26.
- [15] Taylor C, Bengner JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J* 2004;21:528–32.
- [16] Carrasco S, Baubeau V. Enquête nationale sur les usagers des urgences : motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES études et résultats nce:supo/ce:sup 215 janvier 2003.
- [17] Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neigbor ML. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. *Acad Emerg Med* 1995;2:556–63.
- [18] Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perception and expectations: the disconfirmation paradigm. *Acad Emerg Med* 1995;2:1057–62.
- [19] Anderson FD, Maloney JP, Beard LW. A descriptive correlation study of patient satisfaction provider satisfaction and provider workload at an army medical center. *Mil Med* 1998;163:90–4.
- [20] Maitra A, Chikhan C. Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. *Br J Clin Pract* 1992;46:182–4.
- [21] Bursh B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med* 1993;22:586–91.
- [22] Bjorvell H, Stieg J. Patient's perceptions of the health care received in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1991;20:734–8.
- [23] Baker DW, Hayes R, Fortier JP. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care spanish-speaking patients. *Med Care* 1998;36:1461–70.
- [24] Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time perceived waiting time information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;28:657–65.
- [25] Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25:88–92.
- [26] Carasquillo O, Oray EJ, Brennan TA, Burstin HR. Impact of language barriers on patients satisfaction in an emergency department. *J Gen Intern Med* 1999;14:82–7.
- [27] Hall MF, Press I. Keys to patient satisfaction in the emergency department: results of a multiple facility study. *Hosp Health Serv Adm* 1996;41:515–32.
- [28] Carey RG, Seibert JH. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care* 1993;31:834–45.
- [29] Boudreaux ED, D'Autremont S, Wood K, Jones GN. Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. *Acad Emerg Med* 2004;11:51–8.

- [30] Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: the role of demographic variables visit characteristics and patients perceptions. *Am J Emerg Med* 2000;18:394–400.
- [31] Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med* 2000;35:426–34.
- [32] Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Ann Emerg Med* 2001;38:527–32.
- [33] Reboul L, Marty C. L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible ? *Reanim Urg* 2000;9:331.
- [34] Byrne G, Heyman R. Patient anxiety in the accident and emergency department. *J Clin Nurs* 1997;6:89–95.
- [35] Claessens YE, Pochard F, Azoulay E, Perruche F. Évaluation satisfaction ; compréhension du diagnostic, du pronostic, et du traitement, prévalence symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients hospitalisés en unités de courtes hospitalisations et leur proches. *JEUR* 2006;19:S54–6.
- [36] Kyriacou DN, Ricketts V, Dyne PL, McCollough MD, Talan DA. A five-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. *Ann Emerg med* 1999;34:326–35.
- [37] Pines JM, Garson C, Baxt WG, Rhodes KV, Shofer FS, Hollander JE. ED crowding is associated with variable perceptions of care promise. *Acad Emerg Med* 2007;14:1176–81.
- [38] Vega V, McGuire SJ. Speeding up the emergency department: the RADITemergency program at St Joseph Hospital of Orange. *Hosp Top* 2007;85:17–24.
- [39] Thompson DA, Yarnold PR, Adams SL, Spacone AB. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department? *Ann Emerg Med* 1996;28:652–6.
- [40] Gentile S, Ledoray. La satisfaction des patients à la sortie des services des urgences. *Reanim Urg* 1999;8:27–32.
- [41] Boudreaux ED, Friedman J, Chansky ME, Baumann BM. Emergency department patient satisfaction: examining the role of acuity. *Acad Emerg Med* 2004;11:162–8.
- [42] Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993;22:568–72.
- [43] Kologlu M, AgalarF, Cakmakci M. Emergency department information: does it effect patients' perception and satisfaction about the care given in an emergency department? *Eur J Emerg Med* 1999;6:245–8.
- [44] Willams B. Patient Satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38:509–16.